

Année 1897

THÈSE

N^o

484

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 15 Juillet 1897, à 1 heure

PAR MONSIEUR FIRMIN TARRADE

Ancien interne en Médecine de l'Hôpital de Limoges

Né à Châteauneuf-la-Forêt (Haute-Vienne)

DE LA

TUBERCULOSE

INOCULÉE PAR LA MUQUEUSE BUCCALE

De l'Efficacité des Phosphates de Chaux

DANS SON TRAITEMENT

Président : M. BERGER, *professeur.*

Juges..... { M. POLAILLON.
 { M. RÉMY. } *Agrégés.*
 { M. BRUN. }



LIMOGES

IMPRIMERIE DU « COURRIER DU CENTRE », RUE TURGOT, 18

1897

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen..... M. BROUARDEL.
Professeurs..... MM.

Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	Ch. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTHIER.
Histoire naturelle médicale.....	N...
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	DEBOVE.
	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....	TERRIER.
Pharmacologie et matière médicale.....	POUCHET.
Thérapeutique.....	LANDOUZY.
Hygiène.....	PROUST.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale.....	N...
Clinique médicale.....	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	DIEULAFOY.
Clinique des maladies des enfants.....	GRANCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	JOFFROY.
Clinique des maladies nerveuses.....	RAYMOND.
	DUPLAY.
Clinique chirurgicale.....	LE DENTU.
	TILLAUX.
	BERGER.
Clinique ophtalmologique.....	PANAS.
Clinique des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique d'accouchements.....	TARNIER.
	PINARD.

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	FAUCONNIER.	MARFAN.	ROGER.
ALBARRAN.	GAUCHER.	MARIE.	SEBILEAU.
ANDRE.	GILBERT.	MENETRIER.	THIÉRY.
BAR.	GILLES DE LA	NÉLATON.	THOINOT.
BONNAIRE.	TOURETTE.	NETTER.	TUFFIER.
BROCA.	GLEY.	POIRIER, Chef des	VARNIER.
CHANTEMESSE.	HARTMANN.	travaux anatomi-	WALTHER.
CHARRIN.	HEIM.	ques.	WEISS.
CHASSEVANT.	LEJARS.	RETTERER.	WIDAL.
Pierre DELBET.	LETULLE.	RICARD.	WURTZ.

Secrétaire de la Faculté : M. DUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

THESE
DOCTORAT EN MEDECINE

DE LA
TUBERCULOSE

INOCULÉE PAR LA MUQUEUSE BUCCALE

De l'efficacité des Phosphates de Chaux

DANS SON TRAITEMENT

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1897

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 15 Juillet 1897, à 1 heure

PAR MONSIEUR FIRMIN TARRADE

Ancien interne en Médecine de l'Hôpital de Limoges

Né à Châteauneuf-la-Forêt (Haute-Vienne)

DE LA

TUBERCULOSE

INOCULÉE PAR LA MUQUEUSE BUCCALE

De l'Efficacité des Phosphates de Chaux

DANS SON TRAITEMENT

Président : M. BERGER, *professeur.*

<i>Juges.....</i>	{	M. POLAILLON.	}	<i>Agrégés.</i>
		M. RÉMY.		
		M. BRUN.		



LIMOGES

IMPRIMERIE DU « COURRIER DU CENTRE », RUE TURGOT, 18

1897

AUX MIENS ET A MES AMIS

A MES ANCIENS MAITRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE DE LIMOGES

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DES HOPITAUX DE PARIS

A M. LE DOCTEUR TH. RAYMOND

Professeur de Clinique chirurgicale à l'Hôpital de Limoges

SINCÈRES REMERCIEMENTS DE SES EXCELLENTES LEÇONS

A M. LE DOCTEUR G. BALLET

Professeur agrégé de la Faculté de Paris, Chevalier de la Légion d'honneur

A M. LE DOCTEUR D'ARSONVAL

Membre de l'Institut, Professeur de Médecine au Collège de France

Officier de la Légion d'honneur

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE, M. LE DOCTEUR PAUL BERGER

Professeur de Clinique chirurgicale, Chevalier de la Légion d'honneur

DE LA

TUBERCULOSE

Inoculée par la Muqueuse buccale

DE L'EFFICACITÉ DES PHOSPHATES DE CHAUX DANS SON TRAITEMENT

INTRODUCTION

Frappé du nombre relativement considérable de personnes d'un certain âge atteintes d'abcès de la bouche, plaies suppurées, suite de l'avulsion ou chute d'une dent, caries dentaires, etc., avec adénopathies consécutives du côté atteint, j'ai cru pouvoir établir par les observations personnelles que j'ai recueillies dans ma clientèle et grand nombre d'autres que je dois à l'amabilité de confrères bienveillants, que ces abcès, plaies ou suites de caries dentaires proviennent la plupart du temps d'une tuberculose inoculée.

Mon intention n'est pas de parler ici des ulcérations tuberculeuses de la bouche, déjà maintes fois décrites comme concomitantes de la tuberculose pulmonaire ou consécutives à elle, mais bien d'ulcérations primitivement non tuberculeuses et antérieures à tout développement de la tuberculose dans le reste de l'organisme.

Ces ulcérations buccales, le plus souvent chroniques, se rattachent en général à une mauvaise denture et plus rarement à une lésion traumatique servant de porte d'entrée à la tuberculose et semblent n'être qu'un point de transit pour le bacille, car elles ne revêtent pas habituellement les caractères typiques de l'ulcération tuberculeuse de la bouche,

accompagnée de phénomènes douloureux assez accentués pour rendre souvent l'alimentation difficile.

Il me paraît intéressant, dans ces conditions, non seulement de démontrer par des faits cliniques l'inoculation fréquente du bacille de Koch par cette voie aux personnes d'un certain âge qui sont moins accessibles à toute infection que les enfants ou les jeunes gens, mais en même temps la tendance que peuvent avoir ces tuberculoses à céder — au moins pour très longtemps — à un traitement approprié par les phosphates de chaux et une antiseptie sévère de la bouche dans les observations qui me sont personnelles.

OBSERVATION I (DU DOCTEUR BOULLAND, LIMOGES)

G..., 40 ans, limonadier, de tempérament arthritique, a toujours été relativement bien portant sans être cependant bien robuste.

Pas d'antécédents tuberculeux ; son père serait mort, dit-on, d'une pneumonie aiguë.

Sa mère, sa femme, ses deux enfants, ont une bonne santé.

Je suis appelé auprès de lui pour la première fois en 1887 pour un abcès siégeant sur le rebord du maxillaire inférieur à droite.

La cause de cette collection purulente est due à une carie alvéolaire survenue à la suite de l'ablation de la première molaire inférieure droite ; cette ablation avait été accompagnée d'une fracture de l'alvéole.

Le traitement consista dans l'application de compresses d'huile phéniquée sous lesquelles l'abcès s'ouvrit au bout de 36 heures et de gargarismes à l'hydrate de chloral.

L'ouverture de l'abcès resta fistuleux pendant trois semaines environ, donna issue à quelques petites esquilles, puis se referma.

L'état général était bon, le malade ne toussait pas, n'expecterait point.

Un mois après, je fus appelé auprès de lui ; je constatai alors la réouverture de la fistule et la présence de quelques ganglions hypertrophiés dans la région sous-maxillaire droite.

Les bourgeons qui garnissaient l'alvéole saignaient facilement lorsque le malade enlevait au moyen d'un cure-dents les aliments qui y avaient pénétré.

Un stylet introduit dans la fistule aboutissait à une surface osseuse dépourvue de périoste.

Des injections d'huile iodoformée furent faites dans le trajet fistuleux qui s'ouvrit et se referma plusieurs fois.

Le malade était un peu amaigri, avait peu d'appétit et se fatiguait pour le moindre travail ; du côté du poumon, on n'observait encore aucune lésion.

Mais en octobre la toux survint, puis l'expectoration, la fièvre vespérale et les sueurs nocturnes.

A l'auscultation on constatait la respiration soufflante au sommet droit, du même côté l'adénopathie sous-maxillaire.

La résonance claviculaire était plus rude à droite qu'à gauche ; le même côté était douloureux ; le malade fut traité par la créosote et les pointes de feu.

Peu à peu, l'évolution tuberculeuse suivit sa marche normale ; le poumon du côté opposé se prit deux mois après, la fistule dentaire persistait toujours.

Un an après le début de la tuberculose pulmonaire, le malade succomba.

OBSERVATION II (DU DOCTEUR BOULLAND)

X..., 25 ans, charron, a toujours été d'une bonne santé jusqu'à l'âge de 18 ans.

Il n'a pas d'antécédents héréditaires tuberculeux et n'a pas non plus vécu dans un milieu de tuberculeux.

Il y a 7 ans, il eut un abcès siégeant exactement au niveau de la fossette du menton. L'ouverture spontanée de ce foyer laissa en ce point une fistule qui existe encore et qui donne issue chaque jour à quelques gouttes de pus mal lié.

L'introduction d'un stylet dans ce trajet permet d'arriver, suivant une direction oblique, en un point correspondant à la racine de la canine inférieure gauche qui subit à ce moment une sorte d'ébranlement douloureux.

L'extrémité du stylet aboutit à une surface cariée.

Les dents ont la couronne relativement bonne, mais la canine inférieure gauche est entourée d'une gencive fongueuse qui n'enserre qu'incomplètement son collet.

X... est resté 2 ans bien portant après l'ouverture de l'abcès ; puis, au bout de ce temps, a vu se former une adénopathie sous-maxillaire gauche.

Quelques mois après, la toux et l'expectoration se sont produites avec de légères hémoptisies.

Au moment où j'ai examiné le malade à ma consultation, il y a quelques semaines, le sommet gauche du poumon présentait dans son tiers supérieur tous les signes de la tuberculose au deuxième degré.

Le ganglion sous-maxillaire hypertrophié était douloureux et du volume d'une grosse amande ; le pneumogastrique gauche était très sensible à la pression. La voix était voilée.

Etat général mauvais, amaigrissement, sueurs nocturnes, fièvre vespérale.

J'ai mis le malade au traitement créosoté et lui ai conseillé de faire extraire sa canine malade.

Depuis, je ne l'ai pas revu.

OBSERVATION III (DU DOCTEUR BOULLAND)

L..., 29 ans, dessinateur, n'a jamais eu de maladies graves pendant son enfance et son adolescence, mais était de complexion assez délicate.

Il n'y a pas d'antécédents tuberculeux dans sa famille : sa mère vit encore et est bien portante ; son père est mort d'une affection pulmonaire aiguë, probablement une broncho-pneumonie.

Il y a cinq ans, L... a vu sa deuxième molaire droite se carier.

Très peu de temps après, se produisit une adénopathie sous-maxillaire droite, puis au bout de quatre mois environ une pleurésie droite à marche lente, à convalescence pénible avec amaigrissement très marqué.

La pleurésie était à peine terminée depuis quelques semaines, lorsque une toux quinteuse avec expectoration muco-purulente survint.

Pendant trois ans, la bronchite ne sembla pas faire de progrès très rapides.

Il y a un an, lorsque j'examinai le malade pour la première fois, je constatai des lésions tuberculeuses au deuxième degré dans les deux tiers supérieurs du poumon droit avec prédominance au sommet en avant.

Il existait aussi quelques craquements au sommet gauche en arrière.

Le pneumo-gastrique et le phrénique droits étaient excessivement douloureux à la pression. Le ganglion hypertrophié très sensible.

L'expectoration purulente a été parfois mélangée de quelques filets sanguins ; troubles digestifs caractérisés par de la dilation de l'estomac et de la diarrhée.

Sueurs nocturnes, amaigrissement considérable, fièvre presque permanente.

Il y a six mois, en même temps que le poumon gauche s'ulcérait dans toute l'étendue de son sommet, le larynx était envahi à son tour.

L... n'a pas fait extraire la dent malade malgré le conseil que je lui ai donné.

Traitement par des fumigations créosotées, tant que la diarrhée a persisté ; lorsqu'elle a disparu, les fumigations ont été remplacées par des lavements créosotés, pointes de feu, toniques, poudre de viande.

Le malade est mort au mois de juillet dernier dans un état de cachexie tuberculeuse très accentuée.

OBSERVATION IV

M^{lle} X..., âgée de vingt ans, a toujours eu une santé excellente ; son père et sa mère sont vivants et ont une robuste constitution ; pas d'antécédents tuberculeux connus dans sa famille.

La denture est très mauvaise ; la malade s'est plaint depuis longtemps de douleurs vives provenant de plusieurs molaires des côtés gauche et droit sans qu'elle ait voulu soit les faire plomber, soit les faire extraire.

Des abcès multiples se sont produits dans l'intérieur de la bouche, avec adénopathies sous-maxillaires gauche et droite.

A l'examen, on constate, quand elle se rend à la clinique, une hypérostose assez forte du maxillaire inférieur.

Les ganglions sous-maxillaires sont douloureux, durs et engorgés, ainsi que les ganglions des parties latérales du cou.

Deux mois après, des abcès volumineux se sont produits et la colléction purulente fuse sous la clavicule et longe la paroi thoracique jusque vers la 5^e cote.

La malade a, jusqu'alors, peu toussé et l'auscultation du poumon ne laisse percevoir aucun signe certain de tuberculose.

On fait une ponction de la poche à l'hôpital, d'où on retire à la suite du curetage, près d'un litre de granulations grises tuberculeuses tenues en suspension dans un pus très abondant.

L'amaigrissement est progressif, mais lent ; deux mois

après l'opération surviennent des sueurs nocturnes, de l'expectoration muco-purulente, une fièvre vespérale ; on constate de la matité sous les deux clavicules, quelques râles sous-crépitants se produisent et finalement deux cavernes considérables se produisirent au sommet de chaque poumon et entraînèrent la mort au sixième mois après l'opération.

OBSERVATION V (Personnelle)

M^{me} S..., 38 ans, lingère et repasseuse, mariée, sans enfant, s'est toujours bien portée depuis son enfance ; est d'une constitution robuste.

Son père, très âgé, vit encore, et sa mère est décédée à 72 ans d'un catarrhe des bronches.

Néanmoins, la dentition est défectueuse chez la malade qui a de nombreuses dents cariées ; elle souffre parfois de l'estomac sans se plaindre et sans suivre de traitement médical.

A l'âge de 34 ans, elle souffre de violentes douleurs de dents, à la suite desquelles trois abcès consécutifs du côté gauche de la bouche se forment de deux ans en deux ans d'intervalle sans être soignés et déterminent une grande faiblesse.

Six mois après le dernier abcès, la toux se déclare, le côté gauche du cou devient très douloureux, les digestions sont très pénibles et mettent la malade dans l'obligation de retirer son corset.

Peu à peu une bronchite se déclare avec toux persistante, adénite cervicale à gauche, expectoration abondante, fièvre et amaigrissement.

Divers confrères sont appelés et n'hésitent pas à porter le diagnostic de tuberculose à la seconde période.

Appelé moi-même peu de jours après, je n'hésitai pas, tout en reconnaissant que l'affection est d'une gravité exceptionnelle, à instituer un traitement actif avec créosote à hau-

te dose, pointes de feu, liqueur de Fowler, toniques sous toutes les formes, potions calmantes, etc.

Quinze jours plus tard, l'état général ne s'est pas modifié et la malade est dans une prostration extrême, avec syncofes inquiétantes.

Tout en ordonnant la continuation du même traitement, je fais prendre du chlorhydro-phosphate de chaux à haute dose.

Huit jours après, à ma grande surprise, je constate un mieux sensible ; les râles sous-claviculaires diminuent sensiblement ; le souffle et la matité sont moins prononcés ; l'expectoration moins abondante, les sueurs nocturnes et la fièvre vespérale diminuent considérablement, la force et l'appétit reviennent peu à peu et l'état de mieux s'accroît progressivement.

Actuellement, la malade a repris ses occupations de ménage, tousse fréquemment, crache quelquefois, est très sensible aux variations atmosphériques, mais mange avec grand appétit, dort parfaitement et malgré les lésions que l'on peut constater dans le poumon, se considère comme guérie.

OBSERVATION VI (Personnelle).

Antoine F..., âgé de 30 ans, a toujours eu une excellente santé et une robuste constitution jusqu'à l'âge de 18 ans.

Son père est vigoureux et sa mère, âgée de 56 ans, quoique maigre et sujette aux bronchites, travaille beaucoup sans paraître indisposée outre mesure.

En 1884, Antoine F., dont la dentition laisse beaucoup à désirer, est atteint d'un abcès de la bouche au maxillaire inférieur gauche, suite de carie dentaire.

Trois mois après l'ouverture de son abcès, le malade se plaint de douleurs de l'épaule gauche avec fièvre, soif ardente, toux pénible, engorgement douloureux des ganglions cervicaux.

Huit jours après le développement complet, se produit une pneumonie dont la durée est de sept jours.

Au bout de 2 mois, le malade débilité, sans appétit, vomit une grande quantité de sang, est considérablement amaigri, a des sueurs nocturnes profuses et des accès de fièvre vespérale.

On constate en même temps que le chapelet ganglionnaire du côté malade et les ganglions sous-maxillaires du même côté, une éruption furonculaire très vive.

A l'auscultation, on entend un souffle rude, des râles muqueux abondants sous-claviculaires ; on constate une grande matité à la percussion.

Sous l'influence du traitement consistant en vésicatoires, vin créosoté, reconstituants, l'affection paraît subir un temps d'arrêt pour reprendre bientôt son intensité.

Le même traitement est institué, mais j'y adjoins des phosphates à haute dose.

Le malade qui, en 1886, a été pendant son affection libéré du service militaire, *par visite à domicile pour tuberculose*, est resté pendant 2 ans très malade, toussant, crachant, et sujet à des récidives de bronchites tenaces.

Depuis cette époque et pendant 8 ans, le malade avait paru recouvrer la santé — au moins en apparence — car il avait engraisé et toussait beaucoup moins, quoiqu'on constatât à l'auscultation tous les symptômes d'une caverne à la partie supérieure du poumon gauche.

Au mois d'août 1896, le malade est repris d'hémoptisies abondantes qui laissent craindre à chaque instant une issue fatale avec sueurs abondantes, fièvre vespérale, émaciation extrême et grande débilité.

La caverne paraît tenir le quart supérieur du poumon, l'expectoration abondante est extrêmement fétide et fait bientôt place à des crachats muco-purulents.

Le malade est soumis à nouveau à la créosote à haute dose et sous toutes ses formes, vésicatoires, liqueur de

Fowler, etc., mais un mieux très sensible ne se produit que lorsque le malade prend à haute dose du glycéro-phosphate de chaux.

Aujourd'hui, c'est-à-dire onze ans après le début de l'affection, le malade est sur pied, à la surprise de toute sa famille et quoique très faible, a repris son appétit, un léger travail, tousse beaucoup moins, n'a plus de fièvre et paraît engraisser.

OBSERVATION VII

Louise Ch..., épouse F..., 34 ans, se portait bien avant son mariage.

A eu trois enfants en sept ans qu'elle a nourris elle-même et en a allaité un quatrième comme nourrice mercenaire.

Son père et sa mère se portaient bien et sont décédés à un âge très avancé.

A la suite de travaux pénibles et de l'allaitement, elle se plaint pendant longtemps de fatigue générale et de douleurs vives, entre les omoplates et aux membres inférieurs.

En 1895, elle se plaint d'un abcès dans la bouche du côté droit qu'elle attribue à une dentition défectueuse ; il y a carie des dents du maxillaire inférieur droit qui sont déchaussées et saignantes.

De ce même côté, on constate un engorgement ganglionnaire à la suite duquel se forme un mois après un abcès volumineux du cou pendant la grossesse de la malade. Les ganglions de la région sous-maxillaire sont hypertrophiés.

Deux mois après sous l'influence, dit-elle, d'un léger refroidissement, elle est atteinte d'une bronchite qui est pour elle, par sa durée, un rhume négligé dont elle ne peut se débarrasser.

Au mois d'août 1896, je suis appelé auprès d'elle pour lui donner des soins pour la première fois.

A l'auscultation, j'entends de gros râles humides au-dessous de la clavicule et au-dessus de la fosse sous-épineuse du côté droit, l'expectoration est muco-purulente, les crachats nummulaires, l'amaigrissement considérable, la respiration est rude et soufflante.

On constate à la percussion une matité presque complète.

Comme diagnostic, je porte celui de phtisie pulmonaire, qui me confirme l'examen bactériologique.

J'institue, sans grands résultats, un traitement à la créosote, pointes de feu, reconstituants, etc.

Un mois après, je sou mets la malade au glycéro-phosphate de chaux à haute dose, tout en continuant le traitement primitif.

Les symptômes s'amendent dans la huitaine d'une façon notable ; mais le mieux ne persiste que pendant six mois, époque à laquelle la malade meurt dans une rechute.

OBSERVATION VIII

L. D..., 45 ans, marié, père de famille, s'est toujours très bien porté ; il eut à 34 ans, un abcès de la bouche avec adénite cervicale droite, côté malade.

Un an après, une bronchite intense et très tenace s'est déclarée.

Presque toutes les dents sont cariées et occasionnent pendant quelques années et plusieurs fois par an de petites collections purulentes et alvéolaires.

En 1891, 8 mois après, je fus appelé au chevet du malade et constatai des craquements sous-claviculaires droits, submatité, amaigrissement considérable, sueurs nocturnes, hémoptisies légères, etc., tout le terrible cortège, en un mot, d'une tuberculose pulmonaire.

Le traitement *ad hoc*, par l'huile de foie de morue, la créosote, reconstituants, pointe de feu, liqueur de Fowler, etc., fut institué.

Un mieux assez sensible se produisit, mais ne devint très appréciable que quinze jours après l'absorption du glycérophosphate de chaux à très haute dose.

Le malade se remit peu à peu et quoique très émacié aujourd'hui, tout en toussant et expectorant, peut vaquer à ses occupations, nourrir sa famille par son travail de manœuvre, boit, mange avec appétit. Très connu dans les environs, on le surnomme couramment sous l'appellation du « poitrine. »

OBSERVATION IX

M^{re} C..., 46 ans, quoique d'une santé délicate, s'est toujours bien portée jusqu'alors.

Le père et la mère vivent encore, sont d'une constitution très robuste et on ne connaît pas dans la famille d'ascendants tuberculeux.

En 1876, vers le mois de mars, la malade se plaignait de douleurs vives des dents du côté inférieur droit ; deux molaires sont cariées et un abcès consécutif se produisit dans la bouche avec adénopathie droite et hypertrophie du ganglion sous-maxillaire du même côté.

Au mois de novembre de la même année la malade constate de la fièvre vespérale, une toux opiniâtre, des douleurs entre les omoplates avec lassitude générale, amaigrissement et sueurs nocturnes.

Dans cet intervalle il y avait eu réouverture de l'abcès ; mais avec le stylet, je n'ai jamais senti l'alvéole dénudé.

Au mois de janvier 1897, je fus appelé à nouveau auprès de la malade et je constatai au sommet droit du poumon des craquements, râles muqueux, matité de la région, sans douleur à la pression du pneumogastrique.

Je soumetts la malade à un traitement sévère, avec pointes de feu, créosote en capsules et en vin, toniques sous toutes les formes, arséniates, calmants, etc.

Quinze jours après, la malade trouve que l'état général est meilleur, que l'appétit est un peu revenu, mais elle se trouve toujours très faible et les sueurs nocturnes sont toujours abondantes.

Au mois d'avril, une rechute grave se produit.

J'ordonne alors, indépendamment du traitement primitivement institué, le glycéro-phosphate de chaux Schaffner à haute dose, c'est-à-dire matin, midi, soir, une cuillerée à bouche.

Depuis lors, la malade se trouve mieux ; la toux a considérablement diminué, l'appétit est revenu et quoique faible encore dort d'un bon sommeil, les sueurs nocturnes ont considérablement diminué ainsi que la fièvre vespérale.

M^{me} C... se lève presque toute la journée et s'occupe actuellement à de légers travaux de ménage.

OBSERVATION X

M. L. G..., tailleur, de tempérament lymphatique, a toujours eu une santé excellente.

On ne connaît pas dans sa famille de personnes ayant d'antécédents tuberculeux.

Agé de 28 ans, ancien militaire, n'a jamais été sujet aux rhumes et bronchites ; la denture est mauvaise, quelques molaires sont cariées au maxillaire inférieur droit.

A la suite de douleurs vives, il fit procéder à l'avulsion d'une dent. La cicatrisation de la plaie alvéolaire se fit rapidement ; mais trois mois après il se fit une colléction purulente qui entraîna une nécrose du rebord alvéolaire.

Malgré des gargarismes antiseptiques fréquents et un traitement approprié, il se déclarait une suppuration abondante et la plaie resta fistuleuse.

Deux mois après, il se produisit un engorgement des ganglions de la région sous-maxillaire qu'on sentait hypertrophiés et douloureux.

Huit mois après le début de l'affection, que le malade considère comme la suite d'un rhume négligé survenu après s'être légèrement exposé à la pluie, la toux se déclare, une bronchite s'ensuit, avec expectoration abondante et hémoptisie légère.

A l'auscultation, on constate des râles sous crépitants sous la région sous-claviculaire et sus-épineuse avec submatité du même côté, fièvre vespérale, amaigrissement et sueurs nocturnes; malgré le traitement institué le malade succomba quatre mois après. Il appréciait particulièrement la valeur thérapeutique du chlorhydro-phosphate de chaux et du glycéro-phosphate qui étaient pour lui, disait-il, d'excellents reconstituants.

OBSERVATION XI (Personnelle)

X..., âge de 38 ans, cultivateur, qui avait été soigné depuis longtemps par d'autres confrères pour une bronchite chronique, disait-il, vint à mon cabinet de consultation en mars 1895.

Il me raconta qu'il y avait environ quinze mois il avait eu un abcès de la bouche à la suite de l'avulsion d'une dent molaire droite mal arrachée; qu'un gonflement du cou s'était produit ensuite du même côté, très douloureux; que malgré les soins qui lui avaient été prodigués par les médecins, il n'avait pu faire résorber cette grosseur ganglionnaire et qu'il craignait que cette inflammation soit *descendue sur sa poitrine*, car il toussait beaucoup depuis cette époque sans avoir pu obtenir de soulagement des soins médicaux qui lui étaient prodigués: potions calmantes, créosote, vésicatoires, arséniate, pointes de feu, etc.

Le malade, qui avait été toujours robuste et vigoureux jusqu'au jour où il s'est plaint de son affection, était considérablement amaigri, toussait beaucoup et l'expectoration était très abondante.

A l'auscultation on entendait de gros râles sous-clavicu-

lares droits, souffle caverneux très limité ; une légère hémoptisie, qui avait effrayé le malade, s'était produite quinze jours avant ma visite. Mon diagnostic fut : phtisie au 3^e degré.

Je lui prescrivis la continuation du même traitement : créosote, arséniate, etc., tout en y ajoutant le glycéro-phosphate de chaux à haute dose.

Sous l'influence de ce traitement, l'état général s'améliora sensiblement ; le malade avait augmenté de poids (2 kilos), expectorait moins, les sueurs étaient moins abondantes, l'appétit était revenu. On entend toujours le souffle caverneux à l'auscultation ; mais le malade se promène, se livre encore aujourd'hui à de petits travaux et se considère comme en pleine convalescence.

OBSERVATION XII (DU DOCTEUR BOULLAND)

N..., 40 ans, charretier, a d'excellents antécédents héréditaires, mais était sujet à s'enrhumer tous les hivers.

Il y a deux ans, il s'est aperçu que ses deuxième et quatrième molaires gauches étaient cariées. Peu à peu, il s'en est éliminé des fragments et les alvéoles se sont garnis de bourgeons fongueux. En même temps l'haleine est devenue très fétide.

Peu de mois après le début de la carie dentaire, il s'est formé un chapelet ganglionnaire cervical gauche, puis une adénite suppurée avec fistule qui persiste encore.

Depuis six mois le malade tousse sans interruption, il a eu des hémoptysies extrêmement abondantes, puis a maigri et présente chaque soir une poussée fébrile.

Actuellement on trouve de la tuberculose au deuxième degré occupant tout le tiers supérieur du poumon gauche.

ÉTIOLOGIE

Un des premiers, et presque en même temps que Strauss en 1894, le docteur Boulland, de Limoges, ancien interne des hôpitaux de Paris, qui jouit à juste titre de la réputation d'un observateur médical consciencieux, appelle en 1893 l'attention de la Société de médecine et de pharmacie de Limoges sur certaines portes d'entrée de la tuberculose que l'on paraissait avoir méconnues jusqu'alors.

Il expose qu'à la suite de la chute ou de l'avulsion d'une dent, l'alvéole présente une surface d'inoculation où se déposent les germes tuberculeux qui peuvent être contenus dans les aliments mal cuits ; il montre, avec quelques observations inédites à l'appui, — dont je suis heureux de pouvoir en reproduire quelques-unes très précises — qu'une adénopathie cervicale consécutive se forme et qu'elle est l'indice de l'invasion tuberculeuse.

Il n'est point besoin, par les quelques observations et considérations que j'ai à présenter, de rappeler d'une façon complète la cause habituelle où peuvent se produire ces inoculations.

Le bacille de la tuberculose se rencontre un peu partout, aussi bien sur les fruits, sur certains légumes mal cuits, que dans le lait non bouilli ou la viande saignante, séjournant dans l'interstice des dents ou dans les cavités formées par la carie dentaire.

Plus rarement, on peut constater la contamination par le contact d'objets non alimentaires, tels que cigares, cigarettes maniés dans les manufactures de tabac par des ouvriers tuberculeux ou quelque fois humecté par leur salive, porte-plumes et crayons dans les bureaux où se trouvent des tuberculeux comme employés.

Ces bacilles tuberculeux voltigent aussi — si je puis m'exprimer ainsi — dans l'air ambiant où ils sont mélan-

gés aux poussières des rues, des appartements, des voitures publiques où les tuberculeux ont craché.

La colonne d'air que nous respirons se trouve partout imprégnée dans ces milieux de nombreux bacilles, tout comme par l'absorption des aliments contaminés.

Comme cette colonne heurte dans la bouche des planchers durs et des barrières résistantes, humides en même temps, pour faciliter l'arrêt dans l'agglutination des micro-organismes par la salive — empêche pour un certain laps de temps l'absorption ; — il s'en suit que la carie dentaire est le réceptacle naturel où tous les bacilles reçoivent une généreuse hospitalité et peuvent s'y mettre en cultures abondantes et variées.

Tous ces bacilles associés aux streptocoques, aux staphylocoques, forment une véritable flore où se développent tous ces agents pathogènes qui détruisent les tissus, infectent l'économie, provoquent la suppuration, parfois la nécrose ou déterminent la septicémie ou la fièvre hectique par leurs toxines.

On peut admettre aussi, comme une cause prédisposante de cette inoculation, le mauvais état de la muqueuse buccale chez un grand nombre de sujets par hygiène défectueuse de la bouche, surtout chez les habitants de la campagne et principalement en Limousin où, contrairement à ce qui se dit dans les travaux de statistique sur la denture dans les divers départements, les dents sont généralement mauvaises ; ce qui doit tenir probablement à l'absence de tout élément calcaire dans les eaux du plateau granitique.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les autopsies manquent, mais l'examen clinique permet d'établir trois étapes dans ces lésions :

1° Lésions buccales de natures variées, le plus souvent ne présentant pas l'aspect de l'ulcération tuberculeuse de la bouche, c'est-à-dire d'une ulcération assez profondément creusée, à surface grise avec piqueté jaunâtre.

Comme, d'après les observations, ce sont presque toujours les molaires du maxillaire inférieur — côté droit — qui ont été le siège de l'inoculation et que la gencive qui pénètre dans l'interstice des dents, présente assez fréquemment l'aspect de végétations, elle peut bien être un point d'élection pour l'inoculation ;

2° Lésions ganglionnaires donnant lieu de supposer qu'en général les lymphatiques sont la voie principale d'entrée du bacille au niveau de l'ulcération, car ils sont toujours pris dès le début du même côté que la lésion buccale, ainsi que le ganglion de l'angle de la mâchoire.

On peut admettre aussi que l'infection de l'économie est d'autant plus rapide que les vaisseaux efférents de ces ganglions aboutissent après un court trajet dans le canal thoracique et que la chaîne ganglionnaire cervicale ayant des connexions avec les ganglions intra-thoraciques, les poumons peuvent être contaminés par lésion de voisinage au point où ils sont en contact avec ces ganglions.

De même la chaîne ganglionnaire cervicale se trouvant au voisinage du pneumo-gastrique et du phrénique dans leur trajet cervical, peut y déterminer des lésions irritatives, ce qui expliquerait la douleur observée sur le trajet de ces troncs nerveux.

On pourrait admettre aussi que dans d'autres cas, l'irritation de ces nerfs est consécutive à la lésion pulmonaire et déterminée par elle.

Il est admissible aussi que le système capillaire sanguin soit une voie d'absorption importante au niveau de la muqueuse buccale.

Le réseau capillaire local devrait, d'après les théories admises, subir une dilatation dès le début de l'infection avec

obstruction progressive par prolifération embryonnaire provoquant une endartérite ou capillarite oblitérante dont les vaisseaux lymphatiques et veineux subissent le contre-coup par infiltration inflammatoire et abcès consécutifs, soit à l'intérieur de la bouche, soit à l'extérieur du cou.

3° Les lésions pulmonaires que l'on constate sont toujours du même côté que la lésion buccale et ganglionnaire et débutent presque constamment par le sommet.

Très rarement les débuts de la tuberculose se manifestent par des points pleurétiques, des laryngites ou une tuberculose généralisée.

Il est regrettable que je ne puisse joindre à ma thèse quelques observations d'autopsies qui eussent pu démontrer qu'avec un traitement aux phosphates de chaux assimilables, on peut arrêter — au moins pour longtemps — le stade de ramollissement et d'ulcération des tubercules, tout en évitant leur fonte et enrayer la marche de l'affection par crétification des cavernes ; peut-être aussi pourrait-on observer la forme scléreuse.

SYMPTOMES

La nature des lésions buccales observées est le plus souvent chronique.

La mastication et la déglutition sont en général peu entravées, contrairement à ce qui a lieu dans les ulcérations franchement tuberculeuses par suite de la douleur.

On observe fréquemment au début des troubles digestifs qu'on peut attribuer à l'altération de la salive, soit par le pus, soit différemment, une tuméfaction ganglionnaire assez douloureuse, avec sensibilité fort prononcée du pneumogastrique, qui se rencontre aussi du côté du phrénique surtout s'il y a pleurésie.

Dans les trois ou quatre mois qui suivent l'inoculation, on commence à observer du côté des voies respiratoires tous les symptômes de la tuberculose ; toux opiniâtre, fièvre vespérale, sueurs nocturnes, hémoptisies, amaigrissement, matité au-dessous des clavicules et râles aux sommets, constamment du côté affecté et presque toujours d'un seul.

A ce moment, l'état général du malade laisse toujours à désirer ; mais il est nécessaire cependant de reconnaître d'après les observations produites que l'affection est habituellement silencieuse dans ses débuts, lente dans sa marche et ne progresse que par extension graduelle, comme s'il pouvait être expérimentalement démontré que le bacille perd de sa force d'intoxication en suivant cette voie.

MARCHE

La marche de cette affection se fait par trois étapes successives : lésions buccales ou simplement carie dentaire, lésions ganglionnaires et lésions pulmonaires.

La première paraît d'autant plus courte que la voie d'effraction est plus large, comme dans un traumatisme par exemple.

La seconde débute par le ganglion sous-maxillaire le plus voisin de l'alvéole atteinte, se généralise plus ou moins rapidement aux ganglions voisins et au reste de l'organisme après un laps de temps assez variable, mais dont la moyenne, d'après mes observations, serait de 4 à 6 mois pour l'infiltration bacillaire du poumon.

A ce moment, l'état général du malade laisse presque toujours à désirer et l'état local se modifie lentement.

Fréquemment il y a réouverture de l'abcès si la cicatrisation avait été obtenue et cette plaie donne, en général, nais-

sance à un pus sanieux, abondant, mal lié où il est possible de rencontrer au microscope le bacille de la tuberculose.

Quelques mois après, malgré la guérison de la plaie dans certains cas et sa cicatrisation complète, le malade est pris de malaise, douleurs du côté déjà atteint, fièvre vespérale, rhume tenace, essoufflement, amaigrissement, etc.; en un mot tous les symptômes qui indiquent d'une façon presque absolue le début d'une tuberculose qui est d'autant plus certaine qu'en examinant l'expectoration au microscope, on retrouve le bacille spécifique et à l'auscultation de légers signes de cette affection.

PRONOSTIC

Le pronostic est généralement grave ; néanmoins si le malade a été traité à temps, il arrive fréquemment, comme dans les cas observés où la tuberculose est acquise et non héréditaire, qu'il y a arrêt fort long de l'affection, soit par sclérose du poumon, soit par crétification du tubercule ou de la caverne par les phosphates.

Il est de mon devoir de noter, en passant, que les phosphates employés sous toutes les formes dans les autres cas de tuberculose, n'ont jamais produit les mêmes résultats aussi appréciables.

TERMINAISON -- TRAITEMENT

La mort est la terminaison habituelle de cette affection après l'invasion pulmonaire.

Néanmoins, si dès le début on arrive par la cuisson des ali-

ments à fermer énergiquement la porte d'entrée aux matières infectieuses, à faire des injections d'éther iodoformé ou au chlorure de zinc, à extirper les adénites cervicales où sont contenus les bacilles tuberculeux avec leurs toxines, à faire une rigoureuse antisepsie de la bouche comme prophylaxie, à faire prendre à haute dose du phosphate de chaux ou des glycéro-phosphates, ainsi que le montrent les observations, on peut arriver, sinon à une guérison certaine, au moins à une prolongation considérable de l'affection, avec grand soulagement de tous les symptômes ; ce qui permet fréquemment au malade de se livrer à de petits travaux ; parfois le mieux a paru si sensible, qu'il a été possible de considérer le malade comme complètement guéri. On ne doit, dans aucun cas, négliger le traitement par la créosote, reconstituants, huile de foie de morue, cautérisations, arséniates, etc.

CONCLUSION

De toutes les observations que nous venons de rapporter, celles de mon excellent confrère, le docteur Boulland, de Limoges, montrent clairement qu'une personne saine, sans antécédents héréditaires — au moins apparents — peut succomber à une phtisie acquise à la suite d'une carie alvéolaire consécutive à l'ablation d'une dent ayant entraîné une fracture de l'alvéole du maxillaire.

La première, dont l'évolution s'est faite en douze mois environ, indique d'une façon absolument probante qu'il n'y avait pas de prédisposition chez ce malade et que s'il était en état de réceptivité, au moment même de l'exérèse dentaire, il faut convenir que la colonie des microbes de toute espèce — bacilles, streptocoques, staphylocoques, etc., — a été absorbée par les vaisseaux de toute nature dès que la porte leur en a été ouverte par une occasion fortuite.

Il est nécessaire de constater, en même temps, que, contrairement aux autres observations qui me sont personnelles, la marche de la maladie a été beaucoup plus rapide et il est permis de supposer que la cause doit en être très vraisemblablement due à la vaste plaie présentée à l'absorption de tous les microbes en culture dans la bouche par manque d'hygiène ou l'absorption de phosphates.

Toutes les autres observations relatées dans mes observations personnelles et qui corroborent la précédente sous tous les rapports, indiquent d'une façon précise qu'il n'est point nécessaire, pour que les microbes emmagasinés dans la bouche soient absorbés, d'avoir une surface d'introduction aussi largement ouverte et qu'une carie dentaire, une gingivite avec déchaussement des dents, aphtes ou plaies de la bouche, suffisent amplement comme foyer d'auto-infection.

Nous devons admettre, toutefois, et en déduire en même temps par ce qui précède, que la malignité de l'affection est d'autant plus violente dans son ensemble ou les progrès plus lents, suivant qu'il paraît démontré, par la clinique, que les bacilles ont été absorbés en quantité plus ou moins considérable par la surface ouverte et la rapidité de l'empoisonnement.

Nous devons reconnaître aussi que la marche de l'affection tuberculeuse est d'ordinaire beaucoup plus rapidement mortelle avec des malades en état de réceptivité et nés de parents ayant laissé, comme cela s'observe fréquemment, une maladie héréditaire.

Nous regrettons toutefois que nos observations ne soient pas suffisamment nombreuses pour donner à la thèse que nous soutenons une valeur clinique, absolument indiscutable et que les autopsies absolument impossibles à pratiquer à la campagne ne nous aient pas permis de donner en détail les résultats de l'anatomie pathologique des lésions organiques.

Nul doute qu'un jour ne vienne où on pourra compléter les observations que je présente aujourd'hui ; mais mon ambition se borne à attirer l'attention du corps médical et d'hommes plus compétents que moi vers ces foyers infectieux qu'on devra combattre sans plus attendre en assainissant la bouche par l'hygiène bien comprise, comme un appartement mal aéré et contaminé.

Vu :

Le Doyen,

P. BROUARDEL.

Vu :

Le Président,

PAUL BERGER.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.



